Allocution présentée à la Commission parlementaire des affaires sociales

Sections

English

L'Agence

La région

Le Réseau de services

Documentation

Communiqués

Durées d'attente

Satisfaction des usagers

Offres d'emploi

Développement du personnel d'encadrement

Madame la présidente,
Mesdames, messieurs, distingués membres de la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale,

Laissez-moi d'abord vous présenter les personnes qui m'accompagnent pour commenter et situer les documents qui vous ont été présentés, et répondre à vos questions. Du conseil d'administration, M. Jean-Marc Roy, le vice-président, et M. Michel Léger, directeur général. Pour nous appuyer au besoin, quelques collègues du conseil d'administration et une partie de l'équipe de direction sont en arrière.

INTRODUCTION

Notre rendez-vous de 1998 avec les membres de la Commission parlementaire ayant été reporté en raison des élections, c'est avec d'autant plus de plaisir que nous nous présentons aujourd'hui devant vous.

1998-1999 est une année très particulière dans notre cheminement depuis le coup d'envoi des transformations en 1995. En effet, elle constituait l'année charnière entre deux plans triennaux, donc à la fois une année de bilan et une année préparatoire à un nouveau plan.

Certains objectifs du premier plan restaient à atteindre, mais, dans l'ensemble, le terrain était prêt pour entreprendre l'étape de consolidation. Ainsi, pour mieux comprendre l'année 1998-1999, il nous est apparu utile dans cette présentation d'évoquer d'où nous partions en 1995, où nous voulions aller et où nous sommes rendus en l'an 2000.

Comme vous le savez, de 1995 à 1998 surtout, les services ont été soumis à rude épreuve par l'effet combiné non seulement des transformations qu'il fallait effectuer, mais surtout des compressions budgétaires majeures (qui ont totalisé 33,3 M$ entre 1995 et 1998), et du départ massif à la retraite de 668 personnes durant l'été 1997.

À cet égard, la région des Laurentides a dû faire face au même défi que toutes les autres régions. Ce qui la distingue par contre, c'est :
· l'étendue et la diversité de son territoire avec lesquelles nous devons composer ;
· l'explosion démographique à laquelle nous avons dû faire face ;
· la consommation de plus en plus locale et régionale des services ;
· et un sous-financement historique et chronique.

105-06392/

Voilà pourquoi ce défi a pris, dans notre région, des proportions encore plus grandes.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES À RETENIR

L'étendue et la diversité du territoire

La région des Laurentides est un vaste territoire et possède des caractéristiques fortement contrastées. Ceci a une incidence majeure sur les conditions dans lesquelles les services sont offerts.

Pour aller de la rivière des Mille-Îles, qui délimite la région au sud, à Mont-Laurier, située au nord du territoire, il faut franchir une distance supérieure au parcours Montréal-Québec ! Il est utile de savoir, aussi, que notre région est la cinquième en importance au Québec. Avec 460 000 habitants, elle se compare à la région de Mauricie-Centre du Québec.

Les besoins de la population varient considérablement du sud au nord, et du centre à l'ouest. Nous devons à la fois faire face à des problèmes qui s'apparentent à ceux d'une grande métropole (délinquance, engorgement des urgences) et répondre à des besoins semblables à ceux d'une région « éloignée », en ce qui concerne les effectifs médicaux par exemple.

Une population en forte croissance

Parlons maintenant du facteur qui, sans aucun doute, conditionne le plus puissamment la réponse aux besoins de services dans la région : la croissance démographique. La population des Laurentides augmente beaucoup plus rapidement que celle du Québec. Entre 1990 et 2000, elle s'est accrue de 23,5 % comparativement à 5,2 % pour la province. Faire face à une augmentation de l'ordre de près du quart de la population en 10 ans (soit quelque 100 000 personnes), tout en absorbant des compressions budgétaires importantes et en réalisant des transformations, c'est une équation quasi impossible à résoudre, vous en conviendrez ! La natalité ne compte que pour 30 % de cette augmentation. Le reste, 70 %, provient de la migration des autres régions du Québec vers les Laurentides.

Pour les dix prochaines années, le boum démographique continuera dans les Laurentides : on prévoit un taux de croissance de 11,2 % contre seulement 3,3 % pour le Québec.

Si la région des Laurentides globalement demeure une région jeune et en santé, il faut souligner que l'accroissement des personnes âgées de 65 ans et plus pour les dix prochaines années sera de 43,4 % comparativement à 26,8 % seulement pour l'ensemble du Québec. Selon les prévisions, en 2011, c'est 22 400 personnes âgées de plus qu'il faudra desservir.

Cette croissance démographique exceptionnelle exerce une forte pression sur le réseau, dont le financement est loin de suivre le même rythme.

Vous comprendrez donc pourquoi nous tenons tant à ce que le financement des services tienne compte de l'évolution de la population à desservir, plutôt que de s'appuyer sur la base historique du budget des institutions ou des régions où étaient autrefois dispensés les services.

L'augmentation de la « rétention »

Un autre phénomène aggrave la situation : une tendance nette de la population à vouloir obtenir ses services près de chez elle, dans sa région, et non plus à Montréal ou à Laval. N'est-ce pas légitime ? Cette tendance observable dans le secteur de la santé l'est aussi dans les autres secteurs : on construit des écoles par dizaines dans les Laurentides.

Ainsi, en 1994-1995, 41 % des personnes des Laurentides hospitalisées l'ont été à l'extérieur de la région, ce qui équivaut à un taux de rétention de 59 %. Notre plan triennal prévoyait que ce taux augmenterait à 65 % en 1998. Cette cible a été dépassée, avec un taux de 70 %, soit 5273 admissions de plus, sans qu'un financement concordant ait été octroyé. Ces hospitalisations supplémentaires, excluant les services externes, représentent des coûts de 15 M$, et ils continuent d'augmenter : on estime qu'aujourd'hui, c'est 72 % de la population qui choisit d'être hospitalisée proche de chez elle pour des services spécialisés de base dans les Laurentides.

Vous comprendrez donc pourquoi nous tenons tant non seulement à ce que l'allocation des budgets tienne compte de l'accroissement de la population, mais également : nous tenons à ce que les budgets suivent la migration des clients.

Le sous-financement historique et chronique

Malgré les efforts consentis par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour faire du rattrapage et corriger les iniquités d'accès aux services entre les régions du Québec, pour différentes raisons historiques, dans six des huit programmes-clientèle, les Laurentides se situent dans le peloton de queue des quatre dernières places de la province. Les chiffres du Ministère établissent à quelque 70 M$ le manque à gagner régional, sur une enveloppe régionale de l'ordre de 425 M$.

Un récent document de travail du MSSS reflétant l'évolution des écarts régionaux tendait à montrer que les modalités d'allocations budgétaires des deux dernières années avaient aggravé notre situation relative.

La froideur de ces chiffres se traduit par de véritables drames pour les individus qui n'ont pas accès aux services et pour leur famille. Nous sommes très soucieux des impacts à long terme de ces carences de services.

Vous comprendrez donc pourquoi nous insistons tellement pour que les méthodes d'allocation budgétaire entre les régions, non seulement tiennent compte des caractéristiques particulières des populations de chaque région et de l'évolution de leur population, mais également prévoient un vigoureux programme de rattrapage.

C'est avec cette toile de fond en tête que les membres du conseil d'administration souhaiteraient que vous appréciiez l'ampleur des efforts déployés par les établissements, les cadres et le personnel pour transformer l'organisation des services dans les Laurentides et le niveau d'atteinte des résultats ainsi que les limites rencontrées pour aller plus loin tant dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population que dans l'amélioration de l'accès aux services, de la satisfaction des usagers et la fierté du personnel de dispenser des services de plus haute qualité.

LES EFFORTS COLLECTIFS DÉPLOYÉS

C'est un double effort qu'il nous a fallu réaliser collectivement pour réussir, de 1995 à 1998, à consacrer 51,9 M$ aux compressions planifiées, soit un effort de 33,3 M$ pour l'assainissement des dépenses publiques et un autre de 18,6 M$ pour permettre des corrections dans l'organisation des services dans les Laurentides.

Ainsi, en conjuguant ce montant de 18,6 M$ aux allocations de rattrapage d'équité octroyées par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui s'élevaient à 24,9 M$, c'est un montant de 43,5 M$ que nous avons pu réinjecter pour mettre en œuvre notre plan de transformation : servir le bon client, au bon endroit, au bon moment, par la bonne personne, au meilleur coût.

Pour faire face à la situation de façon responsable, au su et au vu des autorités ministérielles, avec l'assurance maintes fois répétée qu'une correction des iniquités interrégionales serait faite, nous avons adopté, en juin 1998, en toute connaissance de cause, un budget régional qui comportait 16,2 M$
d'« **engagements non provisionnés** ».

Loin de vouloir bafouer les règles de saine gestion des fonds publics, ce geste visait à empêcher la rupture de certains services, avec les conséquences qu'elle aurait entraînées. Couper des services et faire des mises à pied pour, l'année suivante, avec le budget de rattrapage et de correction d'équité, remettre en place les services et rappeler le personnel, ç'aurait été absurde et incohérent.

D'où la conviction d'avoir agi pour le mieux, dans le meilleur intérêt de la population pour laquelle vous nous avez confié la responsabilité d'organiser les services.

Pour le reste de la présentation, je soulignerai certains résultats ou difficultés qui, sans être exhaustifs, traduisent trois grands axes d'action interdépendants qui ont orienté le travail de la Régie régionale depuis 1995 :

· rationalisation administrative, modernisation et efficience;
· amélioration de l'accessibilité et amélioration de l'organisation des services pour en assurer la continuité et la fluidité ;
· suivi et contrôle des fonds publics qui nous sont confiés.

RATIONALISATION ADMINISTRATIVE

Comme partout au Québec, il a fallu procéder à une importante rationalisation administrative. Pour ne pas diminuer les services, le ménage devait être fait dans l'administration et le soutien.

Fusions, regroupements et mises en commun

Tout en laissant localement au conseil d'administration des établissements le choix des moyens : fusion, intégration, regroupement ou alliances stratégiques, nous avons réduit de 44 % le nombre d'établissements, passant de 39 établissements en 1993-1994 à 23 en 1999-2000.

Plan de modernisation

L'utilisation optimale des immeubles, le regroupement de sièges sociaux, les mises en oeuvre de services sur un même lieu, le partage de salles, d'équipements, etc., combinés à la modernisation de certains équipements de diagnostic ou de traitement, des services alimentaires, des services d'entretien et de buanderie ont généré des économies de plus de 2,7 M$ par notre plan de modernisation.

Ressources humaines

Par ailleurs, nous inscrivant dans le courant de modernisation des organisations, nous avons amené les établissements à réduire leur nombre de cadres par rapport au nombre d'employés afin d'accroître la responsabilisation de chacun. Ainsi, nous avons réduit de 25 % le nombre de cadres, ce qui fait qu'en 1995-1996 il y avait un chef pour 13 employés alors qu'aujourd'hui un cadre en dirige en moyenne 21,5. Cependant, durant la même période, nous avons accru de 25 % le personnel.

L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Voyons maintenant certains faits saillants qui illustrent le chemin parcouru en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services.

Pour ce faire, nous nous sommes inscrits très naturellement dans les orientations ministérielles énoncées en 1998, mais présentes dès le début des transformations en 1995 :

· les services de base intégrés sur base locale ;
· les services spécialisés sociaux et médicaux intégrés sur base régionale ;
· les services ultraspécialisés intégrés sur base nationale - généralement à Montréal.

Pour les jeunes

En premier, parlons des services aux jeunes.

Le Plan régional d'organisation des services pour la jeunesse a été adopté en 1996. L'effort a été mis sur la décentralisation de la décision, la concertation des partenaires, ainsi que sur la prévention et l'intervention précoce dans le milieu.

Au moment où s'implantait le plan, en raison d'un manque de ressources financières, les Centres jeunesse ont amorcé un glissement dans leurs pratiques et dans leur mission. En 1998-1999, suite à ce constat, des ajustements importants dans la gestion des Centres jeunesse ont été demandés par la Régie régionale et entrepris par l'établissement avec le soutien du Ministère, afin de resserrer ses pratiques pour une meilleure application de la Loi de la protection de la jeunesse.

La tutelle des Centres jeunesse, en 1999-2000, a permis de poursuivre cette révision.

Depuis près d'un an, la liste d'attente à l'évaluation des situations de protection a été et demeure éliminée.

Quant à l'attente pour la prise en charge, qui constitue selon nous un autre défi, elle est en progression, étant passée de 6,3 jeunes en moyenne par semaine en 1998-1999, à 38,8 à ce jour en 2000-2001.

Au cours des trois dernières années, le développement budgétaire des Centres jeunesse a été de 10,2 M$. Le manque à gagner estimé par la Régie régionale avant la tutelle correspond au développement obtenu.

Avec les CLSC et le Centre jeunesse des Laurentides, nous sommes à finaliser des protocoles dans chaque territoire, dans la foulée des travaux

du rapport Lebon et du cadre de référence CLSC-Centres jeunesse.

Pour les personnes âgées

Voyons maintenant comment ont évolué les services pour les personnes âgées.

Conséquence à la fois de l'évolution démographique et du virage ambulatoire, les services de maintien à domicile desservant principalement les personnes âgées ont presque doublé de 1995-1996 à 1999-2000, leur budget passant de 11 M$ à 20 M$.

Parti de 24 $, le per capita est aujourd'hui à 39 $. Il est cependant bien inférieur à celui de nos voisins de Montréal, qui est de 71 $.

Les personnes en grande perte d'autonomie peuvent bénéficier de 300 places additionnelles en CHSLD. En implantant ce développement, nous avons veillé à rendre l'accès équitable d'un territoire de CLSC à un autre. La région offre maintenant 3,5 lits par 100 personnes de plus de 65 ans, la moyenne au Québec étant de 4,3 lits. Nous réussissons donc à fonctionner avec 325 lits de moins que ce qu'il nous en faudrait pour atteindre la moyenne des régions. Par ailleurs, tout en demeurant à un taux de 3,5, c'est plus de 350 nouveaux lits qui seront manquants demain, en 2006.

Il faut souligner que, durant la période de 1995 à 2000, nous avons réduit les listes d'attente de 265 à 129 et réduit également le délai d'attente des personnes admises de 86 à 29 jours.

Soucieux de l'équité intrarégionale, nous nous sommes également assurés que le taux de réponse aux besoins des personnes dans les centres d'hébergement est réparti équitablement dans chaque territoire. Ce taux s'établit aujourd'hui légèrement au-dessus de 70 %. Malheureusement, il nous a été impossible d'atteindre le taux de 75 % visé dans le plan de transformation.

En santé physique

En matière de santé physique, la région a réduit son nombre de lits dressés en centre hospitalier de 921 en 1995 à 751 en 2000. Cette réduction a été possible grâce à des changements de pratiques médicales, et à la collaboration des CLSC pour une prise en charge des clients à domicile :

· entre 1995 et 2000, les durées moyennes de séjour sont passées, en médecine, de 8,3 à 6,8 jours et, en chirurgie, de 8,2 à 7 jours;

· le taux de chirurgies d'un jour est passé de 48,4 % en 1995-1996 pour atteindre 52,2 % en 1998-1999. L'objectif de notre région et celui du

Ministère sont de poursuivre nos efforts pour atteindre 60 %.

En ce qui concerne les objectifs contenus dans l'entente de gestion, nous avons augmenté de plus de 35 % les chirurgies pour cataractes (alors que l'objectif du Ministère était de 20 %) et atteint l'objectif ministériel pour les chirurgies de la hanche. Malgré cette performance, nous notons une stabilité de nos listes d'attentes.

Malgré un achalandage accru dans nos salles d'urgences, les séjours excessifs de plus de 48 heures ont diminué radicalement, passant de 10,4 % en 1993 à 1,7 % en 2000. Quant aux séjours de 24 heures, la norme provinciale cible 15 % de la clientèle des urgences, mais notre région se situe à 10,8 %.

Quant aux services médicaux de base, malgré le leadership de la Commission médicale régionale et la grande collaboration d'un bon nombre de médecins omnipraticiens pour la mise sur pied imminente du Département régional de médecine générale, nous sommes inquiets, en l'absence de leviers réellement efficaces, quant à la capacité du Département à améliorer la réponse à la demande de services.

Pour les personnes déficientes intellectuelles

Par ailleurs, nous arrivons dans la dernière phase de notre plan d'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle dans la communauté.

Une trentaine de personnes ayant vécu en encadrement intensif dans une institution sont en voie d'être intégrées dans la communauté avec la gamme de services adaptés à leurs besoins dans le sud du territoire. Seize autres le seront bientôt dans le nord.

Parallèlement, nous accentuerons nos divers mécanismes de support offerts aux familles, notamment pour la mise en place de programmes de répit. À titre d'exemple, entre 1997 et 1999, nous avons accru de 36 % notre capacité d'offrir du répit aux familles.

Notre préoccupation première se tourne maintenant vers les clientèles présentant des troubles envahissants de la personnalité ou de l'autisme. Nous avons, en février 1999, adopté notre plan d'organisation de services et une équipe d'évaluation multidisciplinaire régionale a été mise sur pied. Cependant, c'est un montant de 1 M$ que nous devrions investir pour offrir des services de base à ces personnes et à leur famille et leurs proches.

En santé mentale

Brièvement, outre l'élaboration et l'implantation du Plan d'action régional intégré pour les adultes, deux faits saillants :

· premièrement, l'amélioration de l'accès local aux services, pour être plus proche de la communauté. Concrètement, cela veut dire :
- mise en place de services de base en santé mentale dans les CLSC ;
- pour les services plus spécialisés s'adressant à des clientèles présentant des problèmes sévères et persistants, un projet non encore réalisé de décentralisation des services du CH régional vers les hôpitaux d'Argenteuil et de St-Eustache ;
- et enfin, implantation et consolidation des services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide ;

· deuxièmement, à l'instar de quelques autres régions du Québec, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu solutionner les problèmes d'accès aux services de pédopsychiatrie et notre liste d'attente est de 467 enfants aujourd'hui, en croissance constante. Nous attendons beaucoup des orientations du groupe d'appui mis sur pied par le Ministère, qui devra sous peu déposer ses recommandations à Mme Marois.

En alcoolisme et toxicomanies

En alcoolisme et toxicomanies, trois faits saillants :
· le déploiement des services dans les territoires de CLSC, notamment grâce à la collaboration des organismes communautaires ;
· l'introduction du traitement à la méthadone pour les héroïnomanes ;
· et une allocation budgétaire annualisée de 250 000 $ qui a permis à l'établissement régional, le Pavillon André-Boudreau, d'élaborer un mécanisme d'accès, d'orientation et d'achats de places dans des ressources d'hébergement privées ou communautaires pour les jeunes de la région.

Pour les organismes communautaires

Pour les organismes communautaires, la Régie régionale a développé, de concert avec leur Regroupement, un cadre de référence pour leur reconnaissance et leur financement.

Il faut noter que si nous avons soutenu le développement de nouveaux organismes communautaires de 1995 à 1998 (leur nombre étant passé de 105 à 141), nous avons, depuis, convenu régionalement de poursuivre notre soutien au développement de ces organismes en consolidant d'abord leur budget de base selon notre cadre de référence. De 1995 à 2000, les subventions sont passées de 7,1 M$ à 11,7 M$, soit une croissance de 46 %, dont une partie provient de transferts de budgets. Pour atteindre la moyenne provinciale, c'est 8 M$ de plus qu'il nous faudrait.

Nous avons gardé, pour la fin, deux secteurs d'intervention qui retiennent plus particulièrement l'attention des membres du conseil d'administration, parce qu'ils nous apparaissent les plus en souffrance :
· l'accès aux services de réadaptation en déficience physique;
· et la capacité des CLSC de jouer pleinement leur rôle dans la prestation des services de base.

La déficience physique

Avec des développements de 3 M$ de 1995 à 2000, le Centre de réadaptation Le Bouclier a presque doublé son budget et le nombre de personnes prises en charge. Cependant, 195 enfants sont encore en liste d'attente et la durée d'attente, selon les services requis, peut varier de 4 à 24 mois. C'est d'un autre 3 M$ que Le Bouclier a besoin pour répondre aux besoins prioritaires pour les jeunes.

Les CLSC

Pierre angulaire de plusieurs stratégies de transformation de notre réseau, le CLSC est investi de multiples mandats. En plus de dispenser les soins et les services sociaux et communautaires courants et d'appliquer les programmes de prévention et de promotion, les CLSC doivent :

- rendre possible le virage ambulatoire ;
- assurer le virage milieu dans la sphère des services psychosociaux
- réaliser des actions concrètes avec ses partenaires multisectoriels pour agir sur les déterminants de la santé.

Mener à bien des responsabilités aussi nombreuses et aussi variées nécessite un financement à la hauteur. Malheureusement, on ne peut que constater que, dans les Laurentides comme ailleurs dans la province, ce financement est inadéquat. Nous aurions aimé, depuis 1995, rehausser du tiers le budget des CLSC, soit de plus de 13 M$, mais ce n'est que la moitié de l'objectif que nous avons pu atteindre.

SITUATION FINANCIÈRE

C'est en 1996-1997 que les établissements de la région étaient confrontés pour la première fois à des déficits d'opération importants, pour un total d'un peu plus de 2 M$; ces déficits ont depuis lors considérablement augmenté, s'établissant successivement à 7,9 M, 12,5 M et finalement 21,9 M$ en 1999-2000. Quant à l'exercice en cours, 2000-2001, nous parlons actuellement de prévisions de déficits totalisant environ 20 M$, ce malgré des injections gouvernementales à titre de rehaussement des bases budgétaires de 3,8 M$ en 1999-2000 et 15,3 M$ en 2000-2001.

Parallèlement, les emprunts pour les dépenses courantes de

fonctionnement ont suivi la croissance des déficits accumulés, se chiffrant à 32,8 M$ au 31 mars 2000. Aujourd'hui, notre niveau d'emprunt réel autorisé pour le 30 septembre est de 17,3 M$.

La résorption des déficits et le contrôle ainsi que le suivi budgétaire font partie des préoccupations constantes du conseil d'administration.

Il est à noter toutefois qu'en 1999-2000, 90 % de la situation déficitaire repose sur les centres hospitaliers et les Centres jeunesse.

Aujourd'hui, seulement trois établissements sur 23 font l'objet d'une analyse serrée du Ministère et de la Régie régionale. Sans vouloir présumer des résultats, l'accroissement de certains coûts - mais aussi, pour notre région, l'accroissement du volume de la clientèle dû à la démographie - semble plus en cause que la mauvaise gestion car, règle générale, les établissements de la région ont un haut niveau de performance, reconnu avec les systèmes qui sont à notre portée, à défaut d'un outil qui reste encore à développer et à faire adopter par l'ensemble du réseau provincial.

CONCLUSION

Nous espérons que cette étude approfondie des documents fournis et les commentaires livrés cet après-midi vous ont permis de constater notre engagement total à accomplir notre mission envers la population des Laurentides. Pour poursuivre notre action dans l'avenir, certaines conditions nous apparaissent essentielles. Nous conclurons en vous faisant part de nos principales préoccupations à cet égard, espérant que vous y serez sensibles.

En premier lieu, nous sommes convaincus que la participation de la population dans l'administration du système de santé et de services sociaux, de même que la régionalisation et la décentralisation des pouvoirs nous ont permis de modeler un réseau de services plus adapté aux besoins locaux et régionaux. Nous souhaitons que cette conception démocratique de la gestion des services publics demeure et soit renforcée.

D'autre part, nous croyons que les marges de manœuvre dévolues aux divers acteurs du réseau et leur imputabilité doivent être adaptés aux responsabilités qui leur sont confiées. Plusieurs ajustements seraient à faire à cet égard.

Enfin, il faut évoluer rapidement vers une plus juste répartition de la richesse collective pour que la population des Laurentides ait enfin un accès équitable aux services.

Nous vous remercions de votre attention et sommes disponibles pour répondre à vos questions.

Communiqué

****